

施 術 同 意 書

下記の申込者(未成年者)に対して行われる

まつ毛エクステ

ラッシュリフト(まつげパーマ)

施術に同意をします。

年 月 日

お子様の氏名

父母又は保護者の氏名

印

お子様との続柄

住 所

※高校生以下は施術お断りしております。